

HUBUNGAN ANTARA KEANGGOTAAN ASURANSI KESEHATAN DAN KEBIASAAN MEROKOK

Naniek Darwati
Bhisma Murti

ABSTRACT

Health represent the human right and at the same time represent the human resource invesment, and also have the big contribution to increase The Human Development Index (HDI). Therefore become an compulsion for everyone to look after, to improving and protecting health for the shake of prosperity entire Indonesian society. Target of this research is to know the relation between Health Insurance Membership and current smoker in Surakarta city.

This study was analytic-observational, using cross sectional approach. The study was done in Surakarta City, population in this research is society in Surakarta City, analysed with sampel counted 100 responders. Statistical analyses in this research by The logistic multiple regression, using program of SPSS Version 13.0

The study results showed: (1). The Health Insurance Membership (OR = 5,83; CI 95 = 1,63 - 20,90), (2). Junior/Senior high school graduate (OR = 0,68; CI 95 = 0,07 - 6,52); and College graduated (OR = 1,19; CI 95 = 0,11 - 12,38); (3). Income Family, (OR = 0,36; CI 95 = 0,13 - 0,99); (4). Sex, (OR = 1; CI 95 = 0,00 - 0,00); and (5). Age, (OR = 2,29; CI 95 = 0,85 - 6,15).

This study concludes that relation between of health membership insurance with the current smoker. Insurance membership improve the possibility six bigger to times have the current smoker compared to which insurance nonmember, after considering confounding factors: education, family earnings, gender and age. Suggested by smoker to stop smoking.

Key words: Society, the Health Insurance Membership, Current smoker

A. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan sekaligus merupakan investasi sumber daya manusia, serta memiliki kontribusi yang besar untuk meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Oleh karena itu menjadi suatu keharusan bagi semua pihak untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan demi kesejahteraan seluruh masyarakat Indonesia (DinKes Jateng, 2006: 1).

Kebiasaan merokok sangat mengganggu kesehatan, baik untuk perokok maupun lingkungan di sekitar perokok. Rokok di Indonesia telah menjadi masalah nasional karena menyangkut berbagai bidang kesehatan. Merokok adalah proses yang sangat rumit yang mempengaruhi biologi dan psikologi manusia. Indonesia sebagai salah satu negara terbesar di Asia diperkirakan sangat terpengaruh oleh epidemik merokok, apalagi konsumsi rokok di negeri ini cukup tinggi yang di pacu oleh pemasaran yang intensif melalui iklan rokok dan hampir tidak ada program pengendalian rokok. Perlunya identifikasi pola merokok diantara kelompok sosial ekonomi yang berbeda, pemahaman tentang keuntungan dan resiko merokok, dan perilaku perokok (Murti, 2005: 150)

Setiap perokok yang menghisap dua bungkus rokok, dia telah mengurangi umurnya selama 8 tahun. Orang yang kena asap dari dua bungkus rokok, akan mengurangi umurnya selama empat tahun. Walaupun hasil studi menunjukkan hasil yang mengerikan, kebanyakan perokok tidak percaya. Hal ini disebabkan karena pada kenyataannya akibat buruk dari rokok bukanlah akibat yang bisa dirasakan dalam jangka waktu pendek. Biasanya kerusakan yang diakibatkannya terakumulasi sedikit demi sedikit dan baru bisa dirasakan langsung beberapa tahun atau beberapa puluh tahun kemudian. Hal inilah yang membuat bahaya rokok terhadap kesehatan sulit diyakini. Jumlah perokok di negara-negara maju justru semakin berkurang dan tempat-tempat yang diperbolehkan merokok semakin dibatasi. Ini disebabkan karena di negara-negara maju, mereka mengerti dan menyadari akan bahaya dan dampak rokok, terutama dampak dari segi kesehatan (Utama, 2004: 1).

Sementara di Indonesia, terjadi persepsi yang salah yang menganggap merokok adalah *trend* yang ada di negara maju. Di negara maju seperti Jepang, perokok hanya boleh merokok di tempat yang disediakan tempat abu rokok. Dan tempat-tempat ini sangat terbatas dan biasanya dari segi kesehatan tidak

sehat, karena kentalnya bau asap rokok. Perokok itu sendiri terkadang juga merasakan, sehingga terkadang menjadi penyebab berhentinya merokok. Singkat kata, perokok tidak punya ruang hidup yang bebas di negara maju. Inilah barangkali yang menjadi salah satu sebab berkurangnya perokok di samping pemahaman dan kesadaran akan dampak rokok itu sendiri (Utama, 2004: 1-3).

Di Indonesia, kuantitas konsumsi sigaret meningkat, periode tahun 1970-2000 menunjukkan peningkatan secara nasional konsumsi sigaret tahunan per kapita sebesar tiga kali lipat. Tahun 1970 konsumsi sigaret tahunan perkapita sebanyak 469 batang, pada dekade tahun berikutnya yaitu tahun 1980 konsumsi tahunan meningkat dua kali lipat menjadi sebanyak 942 batang, dekade tahun ketiga (tahun 1990) konsumsi sigaret tahunan perkapita meningkat 20 persen menjadi 1145 batang dibanding dekade sebelumnya dan pada dekade keempat (tahun 2000) konsumsi sigaret meningkat 25 persen menjadi 1434 batang. Berdasarkan data tersebut rata-rata konsumsi sigaret rata-rata per dekade (sepuluh tahunan) sebanyak 998 batang atau mengalami peningkatan rata-rata sebesar 48 persen per dekade. Hal ini menunjukkan bahwa pertumbuhan kebiasaan merokok dari tahun 1970 hingga tahun 2000 mengalami peningkatan jumlah perokok sebanyak tiga kali lipat atau 306 persen (Sumber: Murti, 2005: 149).

Jika separuh dari para perokok tersebut meninggal karena tembakau, maka jumlah kematian karena tembakau akan meningkat secara substansial. Diduga hingga menjelang tahun 2030 kematian akibat merokok akan mencapai 10 juta orang per tahunnya. Pada tahun 2030 diperkirakan tidak kurang dari 70 persen kematian yang disebabkan oleh rokok akan terjadi di negara berkembang. Implikasinya, merokok meningkatkan biaya pelayanan kesehatan dalam jangka pendek (sampai dengan 15 tahun). Biaya pelayanan kesehatan bagi para perokok di suatu umur adalah 40 persen lebih tinggi daripada bukan perokok. Dalam jangka panjang rata - rata biaya pelayanan kesehatan masyarakat non perokok lebih besar daripada rata - rata biaya kelompok perokok, sebab sebagian besar diantara perokok tersebut telah meninggal, sehingga tidak memerlukan biaya kesehatan lagi (Murti, 2005: 149 - 150).

Upaya peningkatan perilaku sehat di rumah tangga belum menunjukkan hasil optimal, hal ini antara lain dapat dilihat dari data hasil Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2004 sebesar 35%

perokok berusia 15 tahun dan proporsi terbesar (64%) merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lainnya. Perokok laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan (63% dibandingkan 45%). Hasil survey cepat PHBS Tatanan Rumah Tangga Propinsi Jawa Tengah tahun 2004 diketahui bahwa sebesar 73% keluarga belum menjadi peserta JPK/Dana Sehat, dan sebesar 68% keluarga belum bebas dari asap rokok (DinKes Jateng, 2006: 2).

Berdasarkan rekap hasil pendataan pemetaan PHBS rumah tangga Kota Surakarta tahun 2006, menunjukkan urutan permasalahan kebiasaan merokok menduduki peringkat pertama. Hasil survey menunjukkan masyarakat yang tidak merokok sebanyak 1340 orang (46%), hal ini menunjukkan masyarakat Kota Solo mayoritas mempunyai kebiasaan merokok. Kebiasaan merokok berpengaruh meningkatkan angka kesakitan. Berdasarkan data dari BPS (hasil pendataan tahun 2003) di Surakarta ditemukan jumlah kematian untuk semua golongan umur sebanyak 3.590, sedangkan jumlah penduduk sebesar 485.501 jiwa, sehingga didapatkan angka kematian kasar sebesar 7,3 per 1000 penduduk. Bila dibandingkan angka kematian tahun sebelumnya (4,38 per 1000 penduduk) maka mengalami peningkatan. Angka kesakitan penduduk di dapat dari data yang berasal dari masyarakat (*community based data*) yang diperoleh melalui pengumpulan data Puskesmas melalui sistem pencatatan dan pelaporan yang ada gambaran sepuluh penyakit terbesar pada pasien rawat jalan di Puskesmas pada tahun 2005 menunjukkan Infeksi akut lain pada saluran pernafasan menduduki peringkat satu dengan jumlah 150.400 penderita atau 27,3% (DinKes Kota Surakarta, 2006: 1).

Pemerintah Indonesia pada September 2004 telah mengeluarkan Undang – Undang nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang berhubungan dengan Amandemen UUD 1945 dengan perubahan pada pasal 34 ayat 2, dimana Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) telah mengesahkan Amandemen tersebut, yang kini berbunyi: "Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan". Manfaat perlindungan tersebut dapat memberikan rasa aman kepada pekerja sehingga dapat lebih berkonsentrasi dalam meningkatkan motivasi maupun produktivitas kerja (PT Jamsostek, 2005: 1).

Pembangunan sektor ketenagakerjaan sebagai bagian dari upaya pembangunan sumber daya manusia merupakan salah satu bagian yang tidak terpisahkan dengan pembangunan nasional sebagai pengamalan Pancasila dan pelaksanaan UUD 1945, diarahkan pada

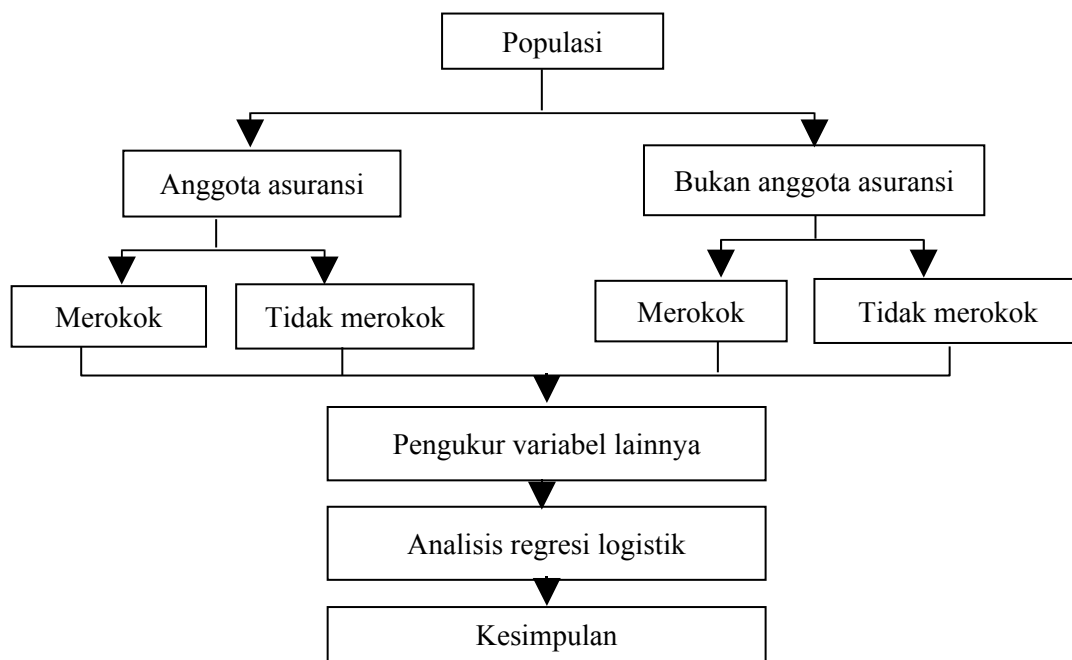
peningkatan harkat, martabat, dan kemampuan serta kepercayaan pada diri sendiri dalam rangka mewujudkan masyarakat sejahtera, adil dan makmur baik materiil maupun spirituil. Peran serta tenaga kerja dalam pembangunan nasional semakin meningkat disertai berbagai tantangan dan risiko yang dihadapinya. Oleh karena itu kepada tenaga kerja perlu diberikan perlindungan, pemeliharaan dan peningkatan kesejahteraannya, sehingga pada gilirannya akan meningkatkan produktivitas nasional (Aseli, 1996: 12-20).

Beberapa tahun terakhir Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial, undang - undang yang mencakup jaminan pemeliharaan kesehatan (UU No 3 Tahun 1993) Tentang Asuransi Kesehatan. Namun berbagai program tersebut baru mencakup sebagian kecil masyarakat, pelaksanaannya belum mampu memberi perlindungan yang adil dan memadai bagi peserta. Kebiasaan merokok juga membudaya di lingkungan kerja, menimbulkan beban moral pada diri perokok, kekhawatiran terhadap akibat - akibat yang ditimbulkan mendorong perokok mengikuti program asuransi kesehatan, memenuhi kebutuhan kesehatan perokok. Menurut hasil penelitian menyebutkan tingkat dari kemauan untuk membayar premi rumah tangga dipengaruhi oleh rasio ketergantungan, pendapatan, jenis kelamin, penggunaan pelayanan kesehatan, dan pendidikan. Ketika pendapatan meningkat orang akan berkeinginan membayar premi asuransi kesehatan lebih tinggi. Peningkatan dari jumlah tahun pendidikan juga meningkatkan kemauan individu dan keluarga untuk membayar WTP (*Willingness To Pay*). Rumah tangga dengan tingkat pembelanjaan yang tinggi, orang sulit membayar biaya pelayanan kesehatan, lebih menyukai untuk menerima premi asuransi kesehatan yang lebih tinggi. Umur mempunyai pengaruh yang positif, tetapi tidak signifikan secara statistik (Murti, 2005: 149-171).

B. METODOLOGI

1. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan studi potong lintang (*Cross Sectional*) yaitu mencuplik sebuah sampel dari populasi dalam satu waktu, dan memeriksa status paparan dan status penyakit pada titik waktu yang sama dari masing-masing individu dalam sampel tersebut (Murti, 2003: 214-215). Menurut Sumarsono (2005: 68-69), data *cross sectional* adalah data mengenai fakta-fakta yang terjadi pada waktu bersamaan yang dikumpulkan dari berbagai sumber. Desain penelitian adalah sebagai berikut:



Gambar 1. Desain/Jalan Penelitian

2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Kota Surakarta, yaitu karyawan di Perusahaan Batik PT Danliris Surakarta dan praktek dokter “Apotik HIDUP SEHAT” Jl. Honggowongso No.126 Surakarta. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober – November 2006.

3. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat di Kota Surakarta sebanyak 534.540 jiwa.

Sampel diambil memakai desain pencuplikan (*sampling design*) menggunakan pencuplikan non random (non-probabilitas) dan kriteria retriaksi dalam pemilihan subjek, yaitu pencuplikan purposif (*purposive sampling*) dengan memasukkan dua jenis kriteria retriaksi: kriteria inklusi dan kriteria eksklusi (Bhisma Murti, 2003: 136,145)

a. Kriteria inklusi:

- 1). Penduduk Kota Surakarta;
- 2). Karyawan PT Danliris Surakarta;
- 3). Pasien Praktek dokter “Apotik HIDUP SEHAT” Surakarta.

b. Kriteria eksklusi:

- 1). Bukan warga Kota Surakarta;
- 2). Tidak bersedia menjadi Responden.

c. Ukuran Sampel

Jumlah sampel dihitung dengan rumus (Hair, *et al.*, 1998: 166 dalam Murti, 2006: 135) sebagai berikut: $5 \text{ variabel independen} \times (20 \text{ responden}) = 100$

responden. Berdasarkan perhitungan di atas penelitian ini menggunakan sampel sebanyak 100 responden.

4. Variabel Penelitian

Menurut Kerlinger (Sugiyono, 2005: 39-40), menyatakan bahwa variabel adalah konstruk atau sifat yang akan dipelajari. Menurut hubungan variabel satu dengan yang lain maka variabel dibedakan menjadi: variabel bebas yaitu merupakan variabel yang mempengaruhi variabel terikat; variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena adanya variabel bebas, dan *counfounding factor* merancukan paparan terhadap penyakit. Adapun variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel bebas (Variabel prediktor)
Kebiasaan Merokok
2. Variabel terikat (Variabel respon)
Status keanggotaan asuransi
3. Faktor perancu (*confounding factors*):
 - a. Pendidikan
 - b. Pendapatan keluarga (*Income*)
 - c. Jenis kelamin
 - d. Umur

5. Definisi Operasional Variabel

1. Kebiasaan Merokok
 - a. Definisi: Kebiasaan merokok adalah kegiatan menghisap rokok yang dilakukan berulang kali dan teratur dan sulit dilepaskan.
 - b. Alat ukur: kuesioner

- c. Skala: dikotomik
 - d. Kode kebiasaan merokok
 - 0. Tidak biasa merokok
 - 1. Terbiasa merokok
2. Kepesertaan Asuransi
- a. Definisi: Kepesertaan asuransi adalah kesertaan pasien dalam asuransi kesehatan
 - b. Alat ukur: kuesioner
 - c. Skala: dikotomik
 - d. Kode Kepesertaan Asuransi:
 - 0. bukan anggota asuransi
 - 1. anggota asuransi
3. Pendidikan
- a. Definisi: Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal responden yang tertinggi
 - b. Alat ukur: kuesioner
 - c. Skala: ordinal
 - d. Kode pendidikan
 - 0 = Tidak sekolah/SD.
 - 1 = SMP/SMA.
 - 2 = Perguruan Tinggi.
4. Pendapatan Keluarga (*income*)
- a. Definisi: Pendapatan Keluarga adalah jumlah rata-rata pendapatan per bulan dalam enam bulan terakhir yang diperoleh dari pekerjaan suami atau istri (dalam rupiah).
 - b. Alat ukur: kuesioner
 - c. Skala: rasio
 - d. Kode pendapatan keluarga
 - 0. \leq median
 - 1. $>$ median
5. Jenis Kelamin
- a. Definisi: Jenis kelamin adalah yang membedakan *seks* laki-laki dan *seks* perempuan responden
 - b. Alat ukur: kuesioner
 - c. Skala: dikotomik
 - d. Kode jenis kelamin:
 - 0. Laki-laki
 - 1. Perempuan
6. Umur
- a. Definisi: Umur adalah usia responden pada saat dilakukan penelitian dalam satuan tahun.
 - b. Alat ukur: kuesioner
 - c. Skala: rasio
 - d. Kode Umur:
 - 0. \leq median
 - 1. $>$ median

6. Pengumpulan Data

Data pada penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner. Pengumpulan data dilakukan oleh penulis. Data sekunder diperoleh melalui dokumentasi Dinas kesehatan Kota Surakarta yang berupa profil kesehatan kota Surakarta.

7. Metode Analisis Data

1) Pengolahan Data Penelitian

Pengolahan data dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a. Peneliti menyusun pedoman koding, yang dipergunakan sebagai panduan dalam membuat kode terhadap data-data yang ada dalam kuesioner.
- b. Untuk pertanyaan-pertanyaan dengan jawaban terbuka, seluruh variasi jawaban dikumpulkan terlebih dahulu, baru kemudian dikelompokkan/dikategorikan dan diberi kode
- c. Setelah diberi kode, data diolah dengan program komputer.
- d. Kemudian dilakukan uji analisis data.

2) Analisis Data Penelitian

Analisis statistik dalam penelitian ini adalah analisis regresi ganda logistik. Analisis regresi ganda logistik adalah alat statistik yang sangat kuat untuk menganalisis pengaruh antara sebuah paparan dan penyakit (yang diukur ordinal) dan dengan serentak mengontrol pengaruh sejumlah faktor perancu potensial. Rumus yang digunakan sebagai berikut (Murti, 1997: 368-369):

$$\ln \frac{p}{1-p} = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5$$

di mana:

p = Probabilitas masyarakat dengan status kebiasaan merokok

$1-p$ = Probabilitas masyarakat dengan status tidak biasa merokok

X_1 = keanggotaan asuransi
 0. bukan anggota asuransi
 1. anggota asuransi

X_2 = Pendidikan
 0 = tidak sekolah/SD.
 1 = SMP
 2 = SMA.
 3 = Perguruan Tinggi.

X_3 = Pendapatan Keluarga (*Income*)
 0. \leq median
 1. $>$ median

X_4 = Jenis kelamin

- X₅
- 0. laki-laki
 - 1. perempuan
- = Umur
- 0. ≤ median
 - 1. > median

“Apotik HIDUP SEHAT” Jl. Honggowongso No.126 Surakarta. Responden tersebut dikumpulkan datanya melalui wawancara dengan angket. Data wawancara ini kemudian diolah secara kuantitatif untuk memperoleh gambaran yang lebih jelas dari penelitian ini.

D. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Deskripsi Hasil Penelitian

Responden dalam penelitian ini adalah karyawan Pabrik PT Danliris dan praktek dokter di

Tabel 1. Deskripsi data penelitian

Variabel	N	Median	Mean	Minimum	Maksimum
Umur (Tahun)	98	29	29,7	19	45
Penghasilan keluarga (Rp.)	98	1.400.000	1.344.387,8	200.000	2.100.000
Jumlah konsumsi rokok (batang/hari)	100	6	5,7	0	22
Lama merokok (Tahun)	100	3	4,8	0	27

Sumber: Data diolah

Berdasarkan Tabel 1. menunjukkan umur responden mempunyai nilai tengah (*median*) 29 tahun, rata-rata umur responden 29,7 tahun, umur responden paling muda 19 tahun dan paling tua berumur 45 tahun. Penghasilan keluarga responden mempunyai nilai tengah (*median*) Rp. 1.400.000,00, rata-rata penghasilan keluarga responden Rp. 1.344.387,80, penghasilan keluarga responden paling sedikit Rp. 200.000,00 dan paling banyak berpenghasilan Rp. 2.100.000,00. Jumlah konsumsi rokok responden

1.2 Deskripsi Statistik Responden Menurut Variabel Penelitian

Deskripsi statistik responden disajikan pada Tabel 1. berikut:

mempunyai nilai tengah (*median*) 6 batang/hari, rata-rata jumlah konsumsi rokok responden 5,7 batang/hari, jumlah konsumsi rokok responden paling banyak 22 batang/hari dan paling sedikit 0 batang/hari (tidak merokok). Lama merokok responden mempunyai nilai tengah (*median*) 3 tahun, rata-rata lama merokok responden 4,8 tahun, lama merokok responden paling sedikit 0 tahun dan paling lama 27 tahun. Tabel 2. berikut disusun berdasarkan karakteristik kebiasaan merokok responden

Tabel 2. Karakteristik Kebiasaan Merokok Berdasarkan Variabel Penelitian

No	Variabel	Merokok	Tidak Merokok
		Frekuensi (%)	Frekuensi (%)
1.	Status Asuransi		
	Bukan anggota asuransi	5 (8,1%)	14 (36,8%)
	Anggota asuransi	57 (91,9%)	24 (63,2%)
	n	62 (100,0%)	38 (100,0%)
2.	Pendidikan		
	SD/Tdk Sekolah	2 (3,2%)	2 (5,3%)
	SMP/SMU	44 (71,0%)	28 (73,7%)
	PT	16 (25,8%)	8 (21,1%)
	n	62 (100,0%)	38 (100,0%)
3.	Pendapatan Keluarga (<i>income</i>)		
	≤ Rp. 1.400.000,00	45 (72,6%)	16 (42,1%)
	> Rp. 1.400.000,00	17 (27,4%)	20 (52,6%)
	Missing data		2 (5,3%)
n	62 (100,0%)	38 (100,0%)	
4.	Jenis kelamin		
	Perempuan	0 (0,0%)	2 (5,3%)
	Laki-laki	62 (100,0%)	36 (94,7%)
	n	62 (100,0%)	38 (100,0%)
5.	Umur		
	≤ 29 tahun	31 (50,0%)	24 (63,2%)

No	Variabel	Merokok	Tidak Merokok
		Frekuensi (%)	Frekuensi (%)
	> 29 tahun	30 (48,4%)	13 (34,2%)
	Missing data	1 (1,6%)	1 (2,6%)
	n	62 (100,0%)	38 (100,0%)

Sumber: Data diolah

^{*)} Kategori variabel berdasarkan *median* (nilai tengah)

Tabel 2. Menyajikan karakteristik responden yang mempunyai kebiasaan merokok berdasarkan keanggotaan asuransi menunjukkan 57 anggota asuransi (91,9%) merokok lebih banyak dibandingkan yang bukan anggota asuransi sebanyak 5 responden (8,1%). Berdasarkan pendidikannya responden yang merokok didominasi lulusan SMP/SMU sebanyak 44 responden (71%), sedangkan lulusan SD/tidak sekolah merupakan minoritas dengan jumlah 2 responden (3,2%) yang merokok. Berdasarkan pendapatan keluarga mayoritas perokok berpendapatan kurang dari

atau sama dengan Rp. 1.400.000,00 sebanyak 45 responden (72,6%) lebih banyak dibandingkan dengan yang berpenghasilan keluarga diatas Rp. 1.400.000,00 sebanyak 17 responden (27,4%). Berdasarkan jenis kelamin, seluruh responden adalah berjenis kelamin laki-laki sebanyak 63 orang (100%). Berdasarkan umur responden, responden yang berumur kurang dari atau sama dengan 29 tahun sebanyak 31 responden merokok hampir sama dengan jumlah responden berumur lebih dari 29 tahun yang merokok.

Tabel 3. Karakteristik Responden Data Penelitian berdasarkan Kebiasaan Merokok dan Tidak Merokok

Variabel	Merokok	Tidak Merokok	Total
	Frekuensi (%)	Frekuensi (%)	Frekuensi (%)
Status Asuransi			
Bukan Anggota Asuransi	5 (26,3%)	14 (73,7%)	19 (100%)
Anggota asuransi	57 (70,4%)	24 (29,6%)	81 (100%)
Pendidikan			
SD/Tdk Sekolah	2 (50,0%)	2 (50,0%)	4 (100%)
SMP/SMU	44 (61,1%)	28 (38,9%)	72 (100%)
PT	16 (66,7%)	8 (33,3%)	24 (100%)
Pendapatan Keluarga (income)			
≤ Rp. 1.400.000,00	45 (73,8%)	16 (26,2%)	61 (100,0%)
> Rp. 1.400.000,00	17 (45,9%)	20 (54,1%)	37 (100,0%)
Missing data	0 (0,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)
Jenis kelamin			
Perempuan	0 (0,0%)	2 (100%)	2 (100%)
Laki-laki	62 (63,3%)	36 (36,7%)	98 (100%)
Umur			
≤ 29 tahun	31 (56,4%)	24 (43,6%)	55 (100%)
> 29 tahun	30 (69,8%)	13 (30,2%)	43 (100%)
Missing data	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (100%)

Sumber: Data diolah

Tabel 3. Menyajikan perbandingan antara responden yang berdasarkan *kebiasaan* merokok berdasarkan keanggotaan asuransi menunjukkan bukan anggota asuransi yang merokok sebanyak 5 responden (26,3%) lebih sedikit dibandingkan yang bukan anggota asuransi yang tidak merokok sebanyak 14 responden (73,7%). Sebaliknya berdasarkan anggota asuransi yang merokok sebanyak 57 responden (70,4%) lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak merokok sebanyak 25 responden (29,6%).

Berdasarkan pendidikannya, responden lulusan SD/tidak sekolah yang merokok mempunyai perbandingan yang sama dengan yang tidak merokok sejumlah 2 responden (50%-50%). Responden lulusan SMP/SMU yang merokok sejumlah 44 responden (61,1%) lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak merokok sebanyak 28 responden (38,9%). Responden lulusan PT yang merokok sebanyak 16 responden (66,7%) lebih banyak di bandingkan dengan yang tidak merokok sebanyak 8 responden (33,3%). Berdasarkan pendapatan keluarga, responden berpenghasilan

keluarganya kurang dari atau sama dengan Rp. 1.400.000,00 yang merokok sebanyak 45 responden (73,8%) lebih banyak dibandingkan yang tidak merokok sebanyak 16 responden (26,2%). Responden berpenghasilan keluarganya lebih dari Rp. 1.400.000,00 yang merokok sebanyak 17 responden (45,9%) lebih banyak dibandingkan yang tidak merokok sebanyak 20 responden (54,1%) dan Data responden yang tidak merokok yang hilang (*missing data*) sebanyak 2 orang. Berdasarkan jenis kelamin, responden perempuan yang merokok tidak ada. Responden laki-laki yang merokok sebanyak 62 responden (63,3%) yang lebih banyak dibandingkan yang tidak merokok sebanyak 36 responden (36,7%). Berdasarkan umur, responden yang berumur kurang dari atau sama dengan 29 tahun yang merokok sebanyak 31 responden (56,4%) lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak merokok sebanyak 24 responden (43,6%). Responden yang berumur kurang dari 29 tahun yang merokok sebanyak 30 responden (69,8%) yang lebih banyak dibandingkan yang tidak merokok sebanyak 13 responden (30,2%).

B. Hasil Analisis Regresi Ganda Logistik

Analisis hubungan kebiasaan merokok terhadap keanggotaan asuransi pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan Regresi Ganda Logistik metode *Enter*, yaitu memasukkan semua variabel hasil analisis univariat ke dalam model berdasarkan kerangka konsep penelitian (Murti, 1997: 374-375). Analisis data menggunakan program SPSS *Version* 13.0.

Tabel 4. Menunjukkan hasil regresi ganda logistik kebiasaan merokok sebagai variabel terikat dalam dua model. Model 1 memasukkan variabel bebas penelitian, yakni keanggotaan asuransi dengan *confounding factors* sebagai berikut: pendidikan, pendapatan keluarga, jenis kelamin dan umur. Model 2 tidak memasukkan variabel perancu, hanya variabel terikat kebiasaan merokok dan variabel bebas yaitu keanggotaan asuransi saja. Ringkasan regresi ganda logistik disajikan dalam Tabel 7. sebagai berikut:

Tabel 4. Rangkuman Hasil Analisis Regresi Ganda Logistik Data Penelitian Dengan Dua Model Analisis.

Variabel	Model 1		Model 2	
	<i>Odds Ratio Exp (B)</i>	<i>Odds Ratio Confidence Interval 95%</i>	<i>Odds Ratio Exp (B)</i>	<i>Odds Ratio Confidence Interval 95%</i>
Keanggotaan Asuransi (x1)				
Bukan anggota Asuransi	1	-	1	-
Anggota asuransi	5,83	(1,63 – 20,90)	6,65	(2,155 - 20,53)
Pendidikan (x2)				
SD/Tdk Sekolah	1	-		
SMP/SMU	0,68	(0,07 – 6,52)		
PT	1,19	(0,11-12,68)		
Pendapatan Keluarga (x3)				
≤ Rp. 1.400.000,00	1	-		
> Rp. 1.400.000,00	0,36	(0,13 – 0,99)		
Jenis kelamin (x4)				
Perempuan	1	-		
Laki-laki	1	(0,00 – 0,00)		
Umur (x5)				
≤ 29 tahun	1	-		
> 29 tahun	2,29	(0,85 – 6,15)		
N observasi	96		100	
R ² Nagelkerke	0,278		0,159	
-2 Log Likelihood	104,14		120,35	

Sumber: Data diolah

Berdasarkan Tabel 7 diperoleh:

1. Odds Ratio (OR)

Pada model 1, *Odds Ratio* keanggotaan asuransi adalah 5,8, sedangkan pada Model 2 *Odds Ratio* pendapatan keluarga adalah 6,7. Pada hasil tersebut menunjukkan terdapat perbedaan estimasi *Odds Ratio* antara Model 2 (Analisis kasar tanpa memperhitungkan variabel-variabel perancu potensial) dan Model 1 (Analisis dengan memperhitungkan *confounding factors* potensial) yang berarti bahwa variabel-variabel pendidikan, pendapatan keluarga, jenis kelamin dan umur memang merupakan *confounding factors*.

a. Keanggotaan Asuransi

Tabel 7. menunjukkan, keanggotaan Asuransi berhubungan dengan kebiasaan merokok ditunjukkan dengan nilai OR sebesar 5,8. Artinya, responden anggota asuransi mempunyai kemungkinan enam kali lebih besar mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang bukan anggota asuransi (OR = 5,83; CI 95 % = 1,63 – 20,90), setelah mempertimbangkan *confounding factors*: pendidikan, pendapatan keluarga, jenis kelamin dan umur.

b. Pendidikan

Tabel 7. menunjukkan, pendidikan SMP/SMU berhubungan dengan kebiasaan merokok ditunjukkan dengan nilai OR sebesar 0,7. Artinya, responden berpendidikan SMP/SMU mempunyai kemungkinan tujuh per sepuluh lebih kecil mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang berpendidikan SD/Tidak Sekolah (OR = 0,68; CI 95 % = 0,07 – 6,52), setelah mempertimbangkan *confounding factors*: keanggotaan asuransi, pendapatan keluarga, jenis kelamin dan umur.

Tabel 7. menunjukkan, pendidikan PT berhubungan dengan kebiasaan merokok ditunjukkan dengan nilai OR sebesar 1,2. Artinya, responden berpendidikan PT mempunyai kemungkinan satu koma dua kali lebih besar mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang berpendidikan SD/Tidak Sekolah (OR = 1,19; CI 95 % = 0,11 – 12,38), setelah mempertimbangkan *confounding factors*: keanggotaan asuransi, pendapatan keluarga, jenis kelamin dan umur.

c. Pendapatan keluarga

Tabel 7. menunjukkan, pendapatan keluarga berhubungan dengan kebiasaan merokok ditunjukkan dengan nilai OR sebesar 0,4. Artinya, responden pendapatan keluarga lebih besar dari Rp. 1.400.000,00 mempunyai kemungkinan empat per sepuluh kali lebih besar mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang berpenghasilan kurang atau sama dengan Rp. 1.400.000,00 (OR =

0,36; CI 95 % = 0,13 – 0,99), setelah mempertimbangkan *confounding factors*: keanggotaan asuransi, pendidikan, jenis kelamin dan umur.

d. Jenis Kelamin

Tabel 7. menunjukkan, jenis kelamin tak berhubungan dengan kebiasaan merokok ditunjukkan dengan nilai OR sebesar 1. Artinya, responden jenis kelamin laki-laki dan perempuan mempunyai kemungkinan yang sama dalam kebiasaan merokok (OR = 1; CI 95 % = 0,00 – 0,00), setelah mempertimbangkan *confounding factors*: keanggotaan asuransi, pendidikan, pendapatan keluarga dan umur.

e. Umur

Tabel 7. menunjukkan, umur berhubungan dengan kebiasaan merokok ditunjukkan dengan nilai OR sebesar 2,3. Artinya, responden berumur lebih dari 29 tahun mempunyai kemungkinan dua kali lebih besar mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang berumur kurang dari atau sama dengan 29 tahun (OR = 2,29; CI 95 % = 0,85 – 6,15), setelah mempertimbangkan *confounding factors*: keanggotaan asuransi, pendidikan, pendapatan keluarga dan jenis kelamin.

2. Koefisien Determinasi (R^2 Nagelkerke)

Pada Model 1 nilai koefisien determinasi R^2 Nagelkerke = 0,278. Artinya, model yang memasukkan variabel-variabel independen: pendidikan, pendapatan keluarga, jenis kelamin, dan umur mampu menjelaskan sebesar 27,8% tentang kebiasaan merokok. Dengan demikian sekitar 72,2% kebiasaan merokok dijelaskan oleh variabel-variabel lain yang tidak diteliti dan diukur dalam penelitian ini.

Pada Model 2 nilai koefisien determinasi R^2 Nagelkerke = 0,159. Artinya, model yang memasukkan variabel-variabel independen keanggotaan asuransi, mampu menjelaskan sebesar 15,9% tentang kebiasaan merokok. Dengan demikian sekitar 84,1% kebiasaan merokok dijelaskan oleh variabel-variabel lain yang tidak diteliti dan diukur dalam penelitian ini.

3. Uji Ketepatan Model

a. -2 Log Likelihood

Uji ketepatan model 1 dalam logistik dapat dilihat dari -2 Log Likelihood. Hasil analisis menunjukkan model 1 mempunyai nilai = 104,14, Artinya, model dinilai *fit*/sesuai dengan data, bila mempunyai koefisien maksimum sebesar 20. Karena nilai -2 LL lebih besar dari 20 maka model dinilai kurang *fit* dengan data.

Uji ketepatan model 2 dalam logistik dapat dilihat dari -2 Log Likelihood (-2 LL). Hasil analisis menunjukkan model 2 mempunyai nilai = 120,35, Artinya, model dinilai *fit*/sesuai dengan data, bila

mempunyai koefisien maksimum sebesar 20. Karena nilai $-2 LL$ lebih besar dari 20 maka model dinilai kurang *fit* dengan data.

b. *Omnibus Test of Model Coefficients*

Pengujian dengan model 6 variabel dapat dipercaya karena *Chi Square* = 21,819 dengan tingkat signifikan $< 0,01$ (sig. = 0,001), memberikan indikasi bahwa variabel *independen* mampu membedakan antara kebiasaan merokok dan tidak merokok

C. Pembahasan

1. Keanggotaan Asuransi

Hasil analisis regresi ganda logistik (Tabel 7.) menunjukkan, responden anggota asuransi mempunyai kemungkinan enam kali lebih besar mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang bukan anggota asuransi (OR = 5,83; CI 95 % = 1,63 – 20,90), setelah mempertimbangkan *confounding factors*: pendidikan, pendapatan keluarga, jenis kelamin dan umur.

Di Indonesia, program PT Askes menganut prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial. Konsep *Social Health Insurance* (Asuransi Kesehatan Sosial) merupakan konsep asuransi di mana prinsip kesehatan sebagai suatu pelayanan sosial masih dijunjung tinggi. Perkembangan kebutuhan pelayanan kesehatan pada kelompok-kelompok masyarakat ternyata tumbuh secara bertahap. Masyarakat pekerja, khususnya pada lingkungan tempat kerja mempunyai risiko tinggi terhadap kesehatan atau mempunyai ekonomi tinggi untuk tetap sehat, memerlukan pemerlihaan kesehatan secara berkelanjutan (Sulastomo, 2005: 14).

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan anggota asuransi yang merokok sebanyak 70,4% lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak merokok sebanyak 29,6% (Lihat Tabel 5). Hal ini menunjukkan anggota asuransi mempunyai perilaku hidup yang tidak sehat, karena beranggapan bahwa kesehatannya telah diasuransikan. Di sini terjadi bahaya moral *ex-ante* yaitu penurunan konsumsi perawatan *preventif* dan perubahan-perubahan dalam gaya hidup yang meningkatkan kemungkinan seseorang untuk jatuh sakit dan mengalami lebih banyak penyakit yang diderita.

2. Pendidikan

Hasil analisis regresi ganda logistik (Tabel 7.) menunjukkan, responden berpendidikan SMP/SMU mempunyai kemungkinan tujuh per sepuluh lebih kecil mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang berpendidikan SD/Tidak Sekolah (OR = 0,68; CI 95 % = 0,07 – 6,52). Responden berpendidikan PT mempunyai kemungkinan satu koma dua kali lebih besar mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang berpendidikan SD/Tidak Sekolah (OR =

1,19; CI 95 % = 0,11 – 12,38), setelah mempertimbangkan *confounding factors*: keanggotaan asuransi, pendapatan keluarga, jenis kelamin dan umur.

Berdasarkan profil kesehatan Kota Surakarta (2005: 65), rata-rata pendidikan penduduk adalah lulus SD dan SMP (40%), lulus SMA (20%), lulus PT (6%), dan tidak sekolah (5%). Sedangkan masyarakat Kota Solo yang merokok menurut hasil pendataan pemetaan PHBS Rumah tangga sebanyak 54%. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat Kota Surakarta mayoritas yang merokok adalah lulusan SMP dan SMA atau sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa lulusan SMP/SMA 1,2 kali lebih banyak mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan lulusan SD/Tidak sekolah. Seharusnya, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin tinggi kesadarannya dalam memelihara kesehatan.

Penelitian di Jaten, Kab. Karanganyar, Propinsi Jawa tengah, pendidikan secara luas mampu meningkatkan kawasan pengetahuan (kognitif), kawasan sikap mental (afektif) dan kawasan ketrampilan (psikomotor) seseorang. Peningkatan pengetahuan akan mendorong kemampuan menilai (evaluatif) terhadap personal atau suatu obyek yang ada di sekitarnya. Pendidikan yang memadai akan mampu menumbuhkan kesadaran pada dirinya mengenai apa yang baik bagi dirinya termasuk dalam hal memelihara kesehatan. Tindakan maupun persepsi akan cenderung didasarkan pada alasan dan pertimbangan yang logis (Anantanyu, *et al.*, 2001: 57-71).

3. Pendapatan keluarga (*income*)

Hasil analisis regresi ganda logistik (Tabel 7.) menunjukkan, responden pendapatan keluarga lebih besar dari Rp. 1.400.000,00 mempunyai kemungkinan empat per sepuluh kali lebih besar mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang berpenghasilan kurang atau sama dengan Rp. 1.400.000,00 (OR = 0,36; CI 95 % = 0,13 – 0,99), setelah mempertimbangkan *confounding factors*: keanggotaan asuransi, pendidikan, jenis kelamin dan umur.

Menurut penelitian Fukuda, *et al* (2005: 5-53), pendapatan perkapita dan meningkatnya angka pengangguran menunjukkan ada hubungannya dengan kebiasaan merokok. Pendapatan responden yang lebih tinggi berhubungan dengan menurunnya kemungkinan semua bahaya lingkungan (lingkungan yang tidak sehat). Kebiasaan merokok dapat dipicu oleh beberapa sebab, diantaranya stress, kelebihan berat badan dan menambah kepercayaan diri ketika berada dalam lingkungan sosial dan pergaulan.

Merokok membahayakan kesehatan dan meningkatkan pengeluaran yang harus ditanggung

keluarga akibat merokok. Sebagai contoh, biaya yang harus dikeluarkan untuk ibu yang merokok pada saat menjalani kehamilan. Di Amerika Serikat tahun 1987 perkiraan biaya komplikasi melahirkan yang dialami perokok hampir dua kali dari yang bukan perokok, belum lagi biaya yang harus ditanggung oleh masyarakat atau negara untuk masalah lainnya, seperti kanker, penyakit jantung, penyakit pernafasan, diabetes, dll akibat pengaruh asap rokok (Jacken, *et al*, 2002: 30).

4. Jenis Kelamin

Hasil analisis regresi ganda logistik (Tabel 7.) menunjukkan, responden jenis kelamin laki-laki dan perempuan mempunyai kemungkinan yang sama dalam kebiasaan merokok (OR = 1; CI 95 % = 0,00 – 0,00), setelah mempertimbangkan *confounding factors*: keanggotaan asuransi, pendidikan, pendapatan keluarga dan umur.

Penelitian di Jakarta menunjukkan bahwa 64,8 persen pria dan 9,8 persen wanita dengan usia di atas 13 tahun adalah perokok. Bahkan, pada kelompok remaja, 49 persen pelajar pria dan 8,8 persen pelajar wanita di Jakarta sudah merokok. Studi di Semarang tahun 1973 oleh Prof Boedi Darmojo mendapatkan prevalensi merokok pada 96,1 persen tukang becak, 79,8 persen paramedis, 51,9 persen pegawai negeri, dan 36,8 persen dokter. Dalam penelitian yang dilakukan Prof Soesmalijah Soewondo dari Fakultas Psikologi UI-yang bertanya kepada sejumlah orang yang tidak berhenti merokok-diperoleh jawaban bahwa bila tidak merokok, akan susah berkonsentrasi, gelisah, bahkan bisa jadi gemuk; sedangkan bila merokok, akan merasa lebih dewasa dan bisa timbul ide-ide atau inspirasi.

Faktor-faktor psikologis dan fisiologis inilah yang banyak mempengaruhi kebiasaan merokok di masyarakat (Tandra, 2003: 1-4).

5. Usia

Hasil analisis regresi ganda logistik (Tabel 7.) menunjukkan, responden berumur lebih dari 29 tahun mempunyai kemungkinan dua kali lebih besar mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang berumur kurang dari atau sama dengan 29 tahun (OR = 2,29; CI 95 % = 0,85 – 6,15), setelah mempertimbangkan *confounding factors*: keanggotaan asuransi, pendidikan, pendapatan keluarga dan jenis kelamin.

Hasil analisis 4.000 orang anak berumur 0-5 tahun menunjukkan bahwa anak-anak yang orang tuanya merokok 10 batang sehari, menyebabkan peningkatan jumlah kasus asma serta mempercepat munculnya gejala asma pada anak-anaknya. Begitu juga anak yang kembali dari rumah sakit setelah

perawatan asma akut, penyembuhannya akan terganggu karena orang tua yang merokok (Abulhosn, *et al*, 1997 dalam Utama, 2006: 1-3). Efek asap rokok ini tidak hanya memberikan efek negatif pada anak-anak yang telah lahir, tapi juga pada janin yang masih ada di dalam rahim. Karena itu, di negara maju seperti Jepang, di seluruh rumah sakit bersalin tidak tersedia tempat yang bisa merokok. Ini karena mereka benar-benar mengerti akan bahaya rokok tersebut (Utama, 2006: 1-3).

E. KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data penelitian ini, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

Kepesertaan asuransi berhubungan dengan kebiasaan merokok, ditunjukkan dengan nilai OR sebesar 5,8. Artinya, peserta asuransi mempunyai kemungkinan enam kali lebih besar untuk mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang bukan peserta asuransi (OR = 5,83; CI 95 % = 1,63 – 20,90), setelah mengendalikan pengaruh *confounding factors*: pendidikan, pendapatan keluarga, jenis kelamin dan umur.

Confounding factors dalam penelitian ini, meliputi: (1). Pendidikan, lulusan SMP/SMU mempunyai kemungkinan tujuh per sepuluh lebih kecil mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang berpendidikan SD/Tidak Sekolah (OR = 0,68; CI 95 % = 0,07 – 6,52); dan lulusan PT mempunyai kemungkinan satu koma dua kali lebih besar mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang berpendidikan SD/Tidak Sekolah (OR = 1,19; CI 95 % = 0,11 – 12,38); (2). Pendapatan keluarga lebih besar dari Rp. 1.400.000,00 mempunyai kemungkinan empat per sepuluh kali lebih besar mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang berpenghasilan kurang atau sama dengan Rp. 1.400.000,00 (OR = 0,36; CI 95 % = 0,13 – 0,99); (3). Jenis kelamin laki-laki dan perempuan mempunyai kemungkinan yang sama dalam kebiasaan merokok (OR = 1; CI 95 % = 0,00 – 0,00); dan (4). Umur lebih dari 29 tahun mempunyai kemungkinan dua kali lebih besar mempunyai kebiasaan merokok dibandingkan dengan yang berumur kurang dari atau sama dengan 29 tahun (OR = 2,29; CI 95 % = 0,85 – 6,15). Hasil uji ketepatan model dalam logistik dapat dilihat dari -2 *Log Likelihood* (-2 LL). Hasil analisis menunjukkan nilai = 104,14, Artinya, model dinilai *fit*/sesuai dengan data, bila mempunyai koefisien maksimum sebesar 20. Karena nilai -2 LL lebih besar dari 20 maka model dinilai kurang *fit* dengan data.

2. Saran

Berdasarkan temuan-temuan penelitian ini disarankan sebagai berikut:

1. Untuk Perokok
 - a. Diharapkan para perokok untuk berhenti merokok karena merugikan kesehatan diri sendiri dan lingkungan sekitar perokok.
 - b. Diharapkan para perokok untuk mengalihkan uang untuk membeli rokok ke makanan yang bergizi, hal ini sangat menolong untuk perbaikan gizi anak Indonesia.
2. Untuk Pemerintah
 - a. Diharapkan pemerintah mengambil kebijakan konkrit dan komprehensif untuk penanggulangan bahaya rokok. Jika tidak, bukan hal yang mustahil berbagai penyakit yang diakibatkan rokok akan menjadi wabah membahayakan lebih besar dari wabah HIV/AIDS.
 - b. Untuk memberlakukan larangan merokok ditempat umum.
3. Untuk Para Peneliti

Perlu penelitian lebih lanjut untuk menentukan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kebiasaan merokok, sebab dari nilai koefisien determinasi (R^2 Negelkerke) sebesar 0,278, yang berarti model yang memasukkan variabel-variabel independen: pendidikan, pendapatan keluarga, jenis kelamin, dan umur hanya mampu menjelaskan sebesar 27,8% tentang kebiasaan merokok.

DAFTAR PUSTAKA

- Abadi, T., 2005. *Biaya Sosial Akibat Merokok*. Majalah Tarbawi, Edisi 104 Th. 7/Shafar 1426H/17 Maret 2005. http://www.antirokok.or.id/fact_index.htm [Akses: 12/15/2006].
- Anantanyu, S.; Agustono; dan Ferichani, M., 2001. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Efektivitas Penyuluhan Kesehatan Ibu Hamil (Bumil) Di Kecamatan Jaten Kabupaten Karanganyar: Kajian Pendekatan Model KIE. Fakultas Pertanian Universitas Sebelas Maret. Jurnal Pusat Studi Kependudukan Populace: JPP, Vol. 1. No. 2, Desember 2001: 57-71.
- Aseli, B., 1996. *Pelaksanaan Undang-Undang No.3 Tahun 1992 Tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja*. Surakarta: Pusat Stusi Kependudukan UNS
- Arikunto, S., 2002. *Prosedur Penelitian: Suatu pendekatan Praktek*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- Boediono, 2002. *Seri Sinopsis Pengantar Ilmu Ekonomi No. 1 Edisi 2: Ekonomi Mikro*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- DinKes Jateng, 2006. *Pedoman Program Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Tatanan Rumah Tangga*. Semarang: Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Dinas Kesehatan.
- DinKes Kota Surakarta, 2005. *Profil Kesehatan Kota Surakarta Tahun 2005*. Surakarta: Pemerintah Kota Surakarta.
- Engle, R.F., 2003. *Risk and Volatility: Econometric Models and Financial Practice*. New York: New York University.
- Fukuda, Y.; Nakamura, k; dan Takano, T., 2005. Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. *BMC Public Health* 2005, 5:53 doi:10.1186/1471-2458-5-53. <http://www.biomedcentral.com> [Akses:12/16/2006]
- Global Youth Tobacco Survei, 2004. Murid Setuju Larangan Merokok di Tempat Umum. Jakarta: Republika, Senin, 21 Juni 2004 http://www.antirokok.or.id/fact_index.htm [Akses: 12/16/2006].
- Hair Jr. J.F., Anderson R.E., Tatham R.L., Block W.C., 1998. *Multivariate Data Analysis*. Upper Saddle River, New York: Prentis Hall.
- Holtedahl, K., dan Hurum, H., 2002. Cross-Sectional Study Of Morbidity, Morbidity-Associated Factors And Cost Of Treatment In Ngaoundere, Cameroon, With Implications For Health Policy In Developing Countries And Development. *BMC International Health and Human Rights* 2002, 2:2. <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/2/2> [Akses: 12/16/2006].
- Indriati, S., 2006. *Hubungan Kebiasaan Merokok Dengan Fungsi Paru-Paru Di Jurusan Pendidikan Olah Raga Dan Kesehatan Universitas Sebelas Maret Surakarta*. Surakarta: Skripsi Fakultas Ilmu Kedokteran UMS Surakarta.
- Jacken, T.; Markus, Ch.; Yumaria, K.; dan Adit, 2002. *Smoke: Buku panduan Ampuh Untuk Berhenti Merokok*. Jakarta: Nexx Media. Inc.

- Komite Nasional Penanggulangan Merokok, 2006. *Bahaya Merokok*.
http://www.antirokok.or.id/product_index.htm
 [Akses: 15/12/2006].
- Mills, A., dan Gilson, L., 1990. *Ekonomi Kesehatan untuk Negara-Negara Sedang Berkembang*. Jakarta: Penerbit Dian Rakyat.
- Muchtar, A.F., 2005. *Matikan Rokok Hidupkan Semangat: Jalan Menuju Hidup Sehat Bermakna*. Bandung: Penerbit Amanah Publishing House.
- Murti, B., 1997. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah mada University Press
- _____, 2000. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta
- _____, 2003. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi (Edisi Kedua) Jilid Pertama* Yogyakarta: Gadjah mada University Press.
- _____, 2005. *The Family as Health Producer in Indonesian: An Examination using the Grossman Model ad Its Extensions*. Surakarta: Hasil penelitian untuk meraih gelar Doctor of Philosophy.
- Pramono, T.K., 1996. *Aspek Pengawasan Dalam Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 Tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja*. Surakarta: Pusat Studi Kependudukan UNS Surakarta.
- Pratiknyo, E., 2003. *Pengaruh Merokok terhadap Fungsi Paru pada Pekerja Pengolahan Batu Kapur di Desa Darmakradenan Kecamatan Ajibarang Kabupaten Banyumas*. Surakarta: Tesis, Program Magister Kedokteran Keluarga, Program Pascasarjana, Universitas Sebelas Maret.
- PT Askes, 2002. *Pedoman Bagi Peserta ASKES Sosial*. Jakarta: PT Asuransi Kesehatan Indonesia.
- PT. Jamsostek, 2005. *Jaminan Sosial Tenaga Kerja*.
<http://www.jamsostek.co.id/info/about.php?id=9>
- Rina, 2006. *Pembiayaan Kesehatan Melalui Asuransi Kesehatan*. Majalah bulanan HEALTH HOSPITAL INDONESIA (H2I) Edisi 03/I/18 September-18 Oktober 2006.
http://members.bumn-ri.com/askes/product_service.html [Akses: 12/15/2006].
- Senol, Y.; Donmez, L.; Turkay, M., dan Aktekin, M., 2006. The incidence of smoking and risk factors for smoking initiation in medical faculty students: cohort study. *BMC Public Health* 2006, 6:128 doi:10.1186/1471-2458-6-128.
<http://www.biomedcentral.com/1472-698X/2/2> [Akses: 12/16/2006].
- Sugiyono, 2004. *Metode Penelitian BISNIS*. Bandung: Penerbit ALFABETA
- Sulastomo, 2005. *Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN): Penyelenggara Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia.
- Sumarsono, S., 2005. *Metodologi Riset: Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Penerbit Graha Ilmu.
- Suryo, Y., 2006. *Kajian Ekonofisika & Tuntutan Ekonomi Baru*. Bandung: ITB Press
- Tandra, 2003. *Merokok dan Kesehatan*. Surabaya: Berita KOMNAS PMM
<http://www.antirokok.or.id> [Akses: 30 Juni 2003].
- Tjiptoherijanto, P. dan Soesetyo, B., 1994. *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- Utama, A., 2004. *Bahaya Merokok: Mari Kita Pikirkan Lagi!*.
http://www.antirokok.or.id/product_index.htm
 akses [14/12/2006]